

Littératie en matière de santé : des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick

Nathalie Boivin et Réseau Communauté en santé de Bathurst

Numéro 28, automne 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044986ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044986ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boivin, N. & Réseau Communauté en santé de Bathurst (2009). Littératie en matière de santé : des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*, (28), 139–154. <https://doi.org/10.7202/044986ar>

Résumé de l'article

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer une plus grande maîtrise de leur propre santé et de l'améliorer. Or, comment parler de prise en charge de sa santé alors qu'une partie importante de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick ne possède pas le niveau minimal d'alphabétisation requis pour fonctionner dans notre société actuelle ? Une démarche habilitante auprès de cette population a été menée. Les résultats préliminaires sont exposés, dévoilant les avantages et les obstacles d'une campagne médiatique.

Littératie en matière de santé : des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick

**Nathalie Boivin en collaboration avec le
Réseau Communauté en santé de Bathurst**

Université de Moncton
Campus de Shippagan

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer une plus grande maîtrise de leur propre santé et de l'améliorer (1999). Or, comment parler de prise en charge de sa santé alors qu'une partie importante de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick ne présente pas le niveau minimal d'alphabétisation requis pour fonctionner dans notre société actuelle (Brink, 2006)? Dans ce contexte, le défi de lire, de déchiffrer, d'interpréter et de comprendre l'information est difficile à concilier avec la capacité de jouer un rôle plus actif en matière de santé. Cet article reprend les grandes lignes d'une présentation effectuée lors du 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones vivant en situation minoritaire, dans le cadre d'un atelier portant sur les littératies multiples en santé au Canada francophone. Le projet présenté lors de cet atelier est un exemple concret de littératie en matière de santé. Elle a été entreprise en adoptant une stratégie de renforcement de l'action communautaire. Un plan pour effectuer une démarche habilitante auprès d'une population francophone a été élaboré. Une campagne médiatique, conçue et menée en collaboration avec la population ciblée et des partenaires communautaires, visait à relever le défi d'une maîtrise accrue de sa santé par un accès amélioré à de l'information claire et pertinente. Nous exposerons un peu plus loin les résultats préliminaires de la campagne médiatique « C'est quoi ton truc pour bien vivre? » en montrant les avantages et les obstacles à l'utilisation d'une telle stratégie à l'égard de l'amélioration de la santé de la population francophone visée.

Une situation qui appelle à l'action

Le projet mentionné plus haut a pris forme au nord-est du Nouveau-Brunswick sous la direction d'un groupe appelé le Réseau Communauté en santé de Bathurst (RCS-B). Ce réseau est un regroupement d'une quinzaine de partenaires – citoyens, prestataires de services, membres d'organismes communautaires, professionnels de la santé, professeur d'université – œuvrant dans différents secteurs tels que la santé, le social, l'éducation, l'économie, mais partageant un même but, soit celui d'améliorer la santé et la qualité de vie des gens de la grande région de Bathurst. En place depuis 1991, le RCS-B a permis de mettre en œuvre différents projets, petits et grands, en collaboration avec la communauté, en conservant une vision élargie de la santé considérée comme le résultat d'un ensemble de déterminants.

Au printemps 2005, lors d'une rencontre ordinaire du RCS-B, les membres sont informés de la possibilité de recevoir du financement de la part de Santé Canada, par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Créé à la suite de la rencontre des premiers ministres provinciaux en septembre 2000, le FASSP, d'une valeur de 800 millions de dollars, compte une enveloppe de 30 millions de dollars pour les communautés minoritaires de langue officielle (Santé Canada, 2007). Le FASSP vise plusieurs objectifs dont celui d'améliorer l'accès aux services de santé pour les francophones vivant à l'extérieur du Québec. Les francophones du Nouveau-Brunswick vivant en situation de minorité linguistique au sein de leur province, l'occasion est belle pour le RCS-B de tenter sa chance et de soumettre une demande de financement. Ses membres décident alors de former un sous-comité afin de rédiger une demande. Lors de la rencontre de remue-méninges de ce sous-comité, la problématique de l'alphabétisation, ou plutôt de l'analphabétisme, fait surface. Les membres engagés dans le secteur de l'alphabétisation aux adultes partagent les résultats récents de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) menée en 2003. Ces résultats rapportent que 68 % de la population francophone néo-brunswickoise âgée de 16 ans et plus présente des niveaux de compréhension de textes suivis et de textes schématiques, des nombres ainsi que des habiletés dans la résolution de problèmes inférieurs au niveau minimal requis pour fonctionner en société (Brink, 2006). Non seulement ces niveaux sont insuffisants pour fonctionner dans la société actuelle, mais ils sont parmi les plus bas enregistrés au Canada.

Pour les membres du RCS-B, un lien apparaît, très probable, entre les résultats obtenus lors de l'EIACA de 2003 par les francophones du Nouveau-Brunswick et la possibilité d'accéder aux services de santé. En effet, comment parler d'accès aux services de santé alors qu'une portion importante des francophones de 16 ans et plus éprouvent des difficultés à lire, à écrire et, donc, à comprendre l'information qui leur est offerte en matière de santé?

Une appropriation des concepts de base

Un travail de déblayage s'amorce alors parmi les membres du RCS-B afin d'améliorer leur compréhension des concepts de base en matière d'alphabétisation. L'alphabétisation est définie comme l'action d'alphabétiser ou d'aider l'autre à apprendre à lire et à écrire. L'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) décrit l'alphabétisation comme faisant partie intégrante du droit universel à l'éducation en constituant une base essentielle pour l'amélioration de l'état de santé (2007). Cette définition appuie le projet que les membres du RCS-B souhaitent mettre de l'avant et établit le lien entre l'alphabétisation et ses retombées sur la santé et la possibilité de l'améliorer.

Nous avons relevé un autre concept: celui de l'alphabétisme. L'alphabétisme, aussi appelé littératie, ne se limite pas à l'action d'alphabétiser ou à l'apprentissage de l'écriture et de la lecture de textes, mais comprend également son utilisation dans différents contextes de vie (Wagner, 2002). L'alphabétisme, ou la littératie, est ainsi une façon d'être, d'interagir et d'entrer en communication avec le monde. Diana Masny (2007) relève plusieurs dimensions à la littératie dont les dimensions personnelle, scolaire, communautaire et critique.

L'analphabétisme, à l'opposé de la littératie ou de l'alphabétisme, se définit comme une difficulté ou une incapacité à entrer en communication avec le monde, d'être et d'interagir. Bref, l'analphabétisme pourrait mener à un isolement social, à une exclusion de la vie communautaire et publique. Les notions d'amélioration de la santé et de prise en charge sont bien loin du concept d'analphabétisme.

Nous devons nous familiariser avec un dernier terme, celui de la littératie en santé (alphabétisme en santé). L'OMS possède un glossaire

pour définir différents termes utilisés en promotion de la santé. C'est ainsi que la littératie en santé y est définie comme les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, à comprendre et à utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé (1999). Au Canada, la définition retenue par le groupe d'experts sur la littératie en matière de santé pousse cette définition de l'OMS un cran plus loin en la décrivant comme la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie (Rootman et Gordon-ElBihbety, 2008 : 13). La littératie en santé fait ainsi appel à un ensemble de compétences reliées entre elles comme celles de lire de l'information sur la santé et d'agir en conséquence, de communiquer ses besoins aux professionnels de la santé et de comprendre les conseils reçus (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008). La littératie en santé touche ainsi à différentes dimensions de la littératie décrites par Diana Masny (2007). La littératie en matière de santé signifie donc qu'une personne, dans différents contextes de vie, que ce soit à la maison, au cabinet du médecin, à l'épicerie, à la pharmacie, à la clinique de santé sexuelle, et tout au long de sa vie, de l'enfance à la vieillesse, soit capable de prendre les meilleures décisions possibles pour elle-même et pour les gens autour d'elle. Pour Ilona Kickbusch, Suzanne Wait et Daniela Maag (2005), la littératie en santé est une stratégie cruciale d'autonomisation afin qu'un individu prenne la décision de s'occuper de sa santé et qu'il soit capable d'aller chercher de l'information. Le concept, le mot juste était trouvé! Le concept de littératie en santé représentait vraiment l'esprit et le domaine dans lesquels le RCS-B voulait travailler pour atteindre l'objectif d'améliorer la capacité de prise en charge de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick, en lui procurant une information en matière de santé qui soit simple, claire et pertinente.

Le contexte qui prévalait au Nouveau-Brunswick, lors du dépôt de la demande de financement par le RCS-B, incitait la population à jouer un rôle actif à l'égard de sa santé. En effet, le gouvernement néo-brunswickois parlait de se doter d'une politique et d'un ministère du Mieux-être au sein duquel la promotion de la santé occuperait une place importante. La promotion de la santé, telle que définie par l'OMS, désigne, comme nous l'avons vu, le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer une plus grande maîtrise de leur propre santé et de l'améliorer (1999). Or, comment espérer que

l'ensemble de la population néo-brunswickoise puisse avoir une plus grande maîtrise de sa santé alors qu'une portion importante de la population francophone ne possède même pas les habiletés de base pour fonctionner en société? Pour y arriver, le RCS-B allait miser sur la stratégie de renforcement de l'action communautaire qui lui avait valu de nombreux succès depuis sa création en 1991. L'hypothèse retenue était simple. L'amélioration de la capacité de prise en charge de sa santé – le pouvoir face à sa santé – passe obligatoirement par la reconnaissance et la mise en valeur du potentiel de chacun des membres de la communauté à se maintenir en santé, voire à améliorer sa santé tant individuelle que collective. L'initiative consisterait à développer une pratique habilitante pour la population, qui deviendrait l'acteur principal de la démarche. L'occasion se présentait, il fallait la saisir! La chance a souri au RCS-B, qui a obtenu du financement.

Rejoindre les gens

Subvention en poche, le RCS-B se met à l'œuvre. Comme l'a décrit Nathalie Boivin (2007), un portrait de l'état de santé de la population visée par ce projet est d'abord établi à partir de ces déterminants : le revenu, l'emploi, l'éducation et la culture. Par la suite, une recension des recherches antérieures conduites auprès de cette population est effectuée et permet de constater que plusieurs besoins existaient et demeuraient insatisfaits en matière d'information en santé. Cinq segments de la population étaient identifiés comme présentant des besoins plus criants en matière d'information : les parents de jeunes enfants, les adolescents, les aidants naturels, les personnes âgées et les personnes peu ou non alphabétisées. Le RCS-B décide alors de tenir des groupes de discussion auprès de ces cinq segments de la population, ce qui permet de valider et d'explorer davantage les besoins d'information exprimés et de découvrir le format privilégié par les gens pour recevoir cette information. Sans grande surprise, les médias privilégiés par la population francophone consultée sont la radio, la télévision et les gens eux-mêmes. Cela rejoint les conclusions de la recherche menée par Doris E. Gillis et Allan Quigley pour évaluer les effets de l'analphabétisme sur la santé des Néo-Écossais vivant en milieu rural. Ainsi, appelé à commenter les services et l'information disponibles en santé, un apprenant qui a pris part à la recherche déclare : « *Written information is not enough. There has to be personal contact. It has to be explained, and people's questions have to be answered* » (Gillis et Quigley, 2004 : 14). Un autre participant suggère de placer

l'information sur la santé et les services aux endroits où elle pourra être vue et entendue. Dans le même sens, les résultats de la recherche évaluative, conduite par le Centre for Literacy of Quebec and the Nursing Department of the McGill University Health Centre (MUHC) sur le langage simple et l'éducation aux clients, rapporte que l'information écrite ne suffit pas à assurer que les clients sont capables de lire, de comprendre et de se souvenir de cette information. Les clients ont besoin de plus d'interactions, ils tendent à comprendre et à retenir l'information qu'ils jugent importante. Les chercheurs ont formulé une dernière recommandation : que le matériel soit développé en collaboration avec la population ciblée (2003).

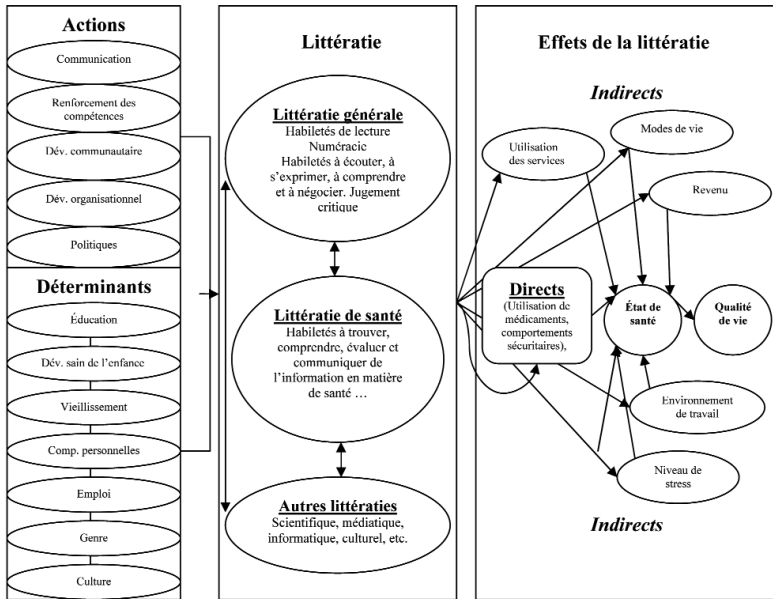
Un cadre conceptuel qui guide notre démarche

Le cadre conceptuel pour la recherche portant sur la littératie et la santé élaboré par Irving Rootman et Barbara Ronson (2005) a guidé notre démarche. Ce cadre conceptuel invite à cibler des actions afin de travailler à améliorer la littératie des gens. Les actions peuvent se situer sur le plan de la communication, du renforcement des compétences, du développement communautaire, du développement organisationnel ou encore de l'élaboration de politiques. Rootman et Ronson estiment que ces actions ont un impact positif sur l'amélioration de la littératie des gens, et ce, d'autant plus, si elles sont combinées. De même, le cadre invite à prendre en considération la situation de santé des gens par l'intermédiaire des déterminants de la santé. Dans la démarche planifiée par le RCS-B, les actions privilégiées se situent au niveau de la communication et du renforcement des compétences. Les déterminants qui affectent le plus négativement la santé des francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick sont ceux de la culture, du revenu, de l'emploi et, bien entendu, de l'alphabétisation (Boivin, 2007). Les actions retenues portent sur la littératie en matière de santé. Elles visent à aider la population francophone du nord-est de la province à améliorer sa compréhension de l'information en matière de santé.

Quelques éléments à intégrer à la démarche

Fidèle à l'approche communautaire qui invite l'intervenant à travailler étroitement avec les personnes qui sont les experts de leur situa-

Figure 1
Cadre conceptuel pour la recherche en littératie et santé



Source : Rootman et Ronson (2005).

tion, sur le terrain, le RCS-B a retenu des éléments précis qui reflètent trois composantes importantes de la démarche entreprise. Ces trois éléments ont permis de rendre le projet opérationnel. Le premier élément, inhérent à une démarche habilitante de renforcement des compétences ou d'*empowerment* de partenariat communautaire consiste à amener les intervenants à miser sur les forces des membres de la communauté pour élaborer et mettre en œuvre des activités avec la communauté dans le but d'améliorer sa santé (Thiffany Veinot, cité dans Hemmings et Langille, 2005; Institute of Medicine, 2003; Ansari, Philips et Zwi, 2002). Ainsi, la façon de livrer l'information doit mettre en valeur le potentiel des gens, elle doit devenir un premier pas vers une prise en charge de leur santé et la possibilité d'y exercer une responsabilité. C'est la raison pour laquelle la façon de livrer l'information mise sur l'échange de « trucs » utilisés par les gens pour se garder en santé ou pour l'améliorer.

Le deuxième élément, lié à la communication auprès des personnes peu ou non alphabétisées, rappelle que l'information offerte aux gens doit répondre à un besoin exprimé. L'information doit avoir une utilité pour les gens (Gillis et Quigley, 2004; Centre for Literacy of Quebec, 2003). C'est ce que Kickbusch, Wait et Maag (2005) décrivent comme « *finding the hook* », l'élément d'intérêt qui réussira à accrocher les gens quant à l'information donnée, à sa nécessité, à sa pertinence dans le contexte de vie de la personne. C'est ainsi que le contenu des différentes capsules radio a été développé à partir des besoins exprimés lors des groupes de discussion (Boivin, 2007).

Le troisième élément, reflet de la sensibilité culturelle de la communauté, consiste à miser sur un contact personnalisé, complice, non menaçant, qui soit très près de la réalité des gens (Poureslami *et al.*, 2007; Shohet et Renaud, 2006; Zanchetta et Poureslami, 2006). Plusieurs membres de la communauté ont ainsi accepté de partager l'histoire d'un truc de santé et certains ont accepté de prêter leur voix pour l'enregistrement d'une capsule radio. L'accent, le choix des mots, les expressions utilisées par les gens du coin facilitaient l'identification des gens à la capsule offerte par un des leurs. Dyanne Affonso (citée dans Shohet et Renaud, 2006) insiste sur l'importance et le respect du savoir culturel pour élaborer des interventions de littératie en matière de santé. Les résultats obtenus par le Bureau d'information du Canada lors de son sondage auprès de Canadiens peu alphabétisés montrent d'ailleurs qu'ils sont irrités par l'information diffusée à la radio par un narrateur qui leur rappelle un fonctionnaire, loin d'eux, extérieur au cercle de leurs relations de confiance (2000 : 31). Voici un exemple de truc entendu dans le cadre de la campagne médiatique « C'est quoi ton truc pour bien vivre? » :

Moi, j'ai un bon truc pour me garder en forme. J'ai placé une pancarte sur mon frigo qui dit: « Grouille ou rouille! » Ma défunte mère a toujours dit: « Soit qu'tu grouilles tes fesses ou qu'tu rouilles en place. » Avec elle, y avait pas question de rester assis à rien faire. Ça fait que j'ai gardé ça toute ma vie. À la danse du samedi soir, au club de l'âge d'or, je me fais sûre qu'y a pas un veuf dans la salle qui a pas swigné la patte au moins trois fois avec moi avant que je le laisse aller pour la soirée. J'vas au bingo, j'fais du shopping, du jardinage, j'joue aux dards pis aux cartes. Quand ma mère est morte à 96 ans, on l'a trouvée pliée en deux, en train d'attacher ses sneakers, je veux essayer de faire pareil ([En ligne], <http://www.capsuleessante.ca>]).

La construction de la campagne médiatique basée sur l'échange de trucs de santé est le résultat d'un partenariat étroit entre les gens de la communauté, les professionnels de la santé, les représentants des organismes communautaires ainsi que les propriétaires des stations de radio. La campagne médiatique « C'est quoi ton truc pour bien vivre? » a été diffusée du début mai à la fin septembre 2006. Soixante-cinq capsules ont été diffusées à un rythme de treize par mois, avec une rotation de sept capsules par jour sur les ondes des trois stations de radio (CKLE 92,9, MAX, 104,9 et CKRO 97,1) desservant la région. Pour entendre les capsules radio, le lecteur est invité à visiter le site www.capsulesante.ca.

De la radio à la télévision

Au mois de juillet 2006, une occasion s'offre au RCS-B, grâce à ses capsules santé, de participer à l'enregistrement d'une série de 13 émissions de télévision, de 30 minutes chacune, sur la chaîne de télévision communautaire francophone diffusée à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. L'occasion est accueillie favorablement et prestement saisie. Dix émissions présentant chacune quatre capsules ont été tournées. Trois émissions supplémentaires portant sur des thèmes communs à tous les segments de la population, tels que le mieux-être, l'alimentation et l'importance de l'activité physique, ont également été enregistrées. L'enregistrement des 13 émissions s'est effectué autour d'une table de cuisine, facilitant la transmission d'information factuelle, claire et précise sous la forme de conseils partagés entre amis. Chaque émission mettait en présence une personne de la communauté ayant eu à faire face à la thématique discutée et un professionnel de la santé ou un représentant communautaire, qui explore, en ondes, la situation, les trucs pouvant être utilisés dans cette situation et les services possibles vers lesquels se tourner, au besoin. Trente-trois personnes ont participé à cette activité, soit des personnes de la communauté, des intervenants professionnels et communautaires. La télédiffusion débute à l'automne 2006 pour se poursuivre tout au long de l'année 2007. Elle permet de toucher l'ensemble des francophones du Nouveau-Brunswick et de la côte gaspésienne qui sont desservis par la chaîne communautaire francophone de Rogers.

Quelques éléments de méthodologie et limites

Le projet poursuivait un grand objectif général, soit celui d'inciter la population francophone à prendre une part active à sa santé par un accès plus facile à de l'information claire, pertinente et à jour qui lui permettrait ainsi de prendre les meilleures décisions. Le sondage préparé par le comité de gestion a mesuré l'atteinte des objectifs poursuivis en termes de notoriété des capsules radio, de leur potentiel à générer des discussions avec des personnes de l'entourage et, finalement, de leur capacité à amener les gens à se reconnaître une plus grande responsabilité par rapport à leur santé. Au départ, le plan d'évaluation prévoyait un contact téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire. Trois critères de sélection étaient retenus pour constituer cet échantillon : être âgé d'au moins 16 ans, être francophone et habiter la région desservie par la régie de santé Acadie-Bathurst. Étant donné que la période d'évaluation survenait tout juste après une fraude téléphonique dans la région et coïncidait avec le lancement d'une campagne électorale provinciale, les personnes contactées étaient hésitantes à répondre aux questions par téléphone. L'échantillon aléatoire prévu a ainsi dû être transformé en échantillon non aléatoire. La technique d'échantillonnage non probabiliste, effectué à partir d'un groupe de volontaires, a permis de constituer l'échantillon. La personne responsable du sondage s'est déplacée vers différents lieux publics de la région (centres commerciaux, rencontres de groupes communautaires, activités communautaires) pour que les gens répondent au questionnaire sur place. Le questionnaire comptait une dizaine de questions. Chaque question a été formulée dans un langage clair et simple afin de faciliter la compréhension des répondants. Les questions et les choix de réponses disponibles étaient lus aux répondants. L'échantillon compte 77 personnes, dont 15 adolescents âgés de 16 à 24 ans, 18 personnes âgées de 25 à 44 ans, 37 personnes âgées de 45 à 64 ans et 7 personnes âgées de 65 ans et plus. Bien entendu, de par le type d'échantillon retenu pour procéder à l'évaluation préliminaire de la campagne médiatique, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. C'est ce qui constitue la principale limite de cette évaluation préliminaire. Une évaluation en profondeur a été effectuée au printemps 2008 et les données sont présentement en traitement.

Présentation des résultats et discussion

L'évaluation préliminaire de la campagne « C'est quoi ton truc pour bien vivre? » a permis d'obtenir les résultats suivants. D'abord, en ce qui a trait à la notoriété, 97 % des personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire ont mentionné avoir entendu une ou des capsules santé à la radio. Le RCS-B est en mesure d'affirmer que l'objectif qui consistait à rejoindre les gens en privilégiant la radio a été atteint. Ce résultat semble très élevé alors que des taux plus bas sont habituellement mentionnés dans les écrits. Cependant, le RCS-B savait fort bien qu'étant donné la façon de constituer l'échantillon, les résultats obtenus devaient être interprétés avec beaucoup de prudence et ne pouvaient être généralisés à l'ensemble de la population. L'utilisation des ondes radio a permis de rejoindre les gens là où ils évoluent au quotidien, qu'ils soient au travail, en voiture, à la maison, ou entre amis. Cet accès facilité a sans doute permis aux gens de se sentir plus à l'aise à l'égard de l'information fournie. À cet effet, Linda Shohet et Lise Renaud rapportent les succès obtenus par l'American Medical Association, qui a produit différents outils de communication que tous peuvent comprendre et qui permettent de créer un environnement dans lequel les patients sont à l'aise (2006 : S11-S12).

En ce qui a trait à la possibilité de générer des discussions, 61 % des personnes consultées ont dit qu'elles avaient parlé du contenu d'une ou de plusieurs capsules radio avec un ou plusieurs membres de leur famille, 58 % en ont parlé avec leurs amis et 1 % des personnes interrogées en ont discuté avec leur médecin. Cela amène le RCS-B à conclure que les capsules radio ont réussi à toucher les gens dans ce qu'ils ont de plus intimes, soit leurs valeurs et leurs croyances au point où ils ont tenu à valider l'information diffusée auprès de leurs amis et des membres de leur famille. Pour ce qui est de la faible valeur obtenue pour la validation auprès du médecin, il serait important d'explorer davantage cette information. Les résultats obtenus par le Bureau d'information du Canada (2000), lors de son sondage auprès de Canadiens peu alphabétisés, rapportent qu'ils tendent à échanger et à valider l'information générale vue à la télévision avec les gens de leur entourage afin de s'assurer de leur compréhension du message transmis. Cela représente une autre piste d'explication à propos du fait que les gens sont à l'aise de discuter de cette information avec des membres de leur entourage, qui sont aussi au courant de leur difficulté en matière d'alphabétisme.

Non seulement les personnes consultées ont-elles ressenti le besoin de parler de cette information avec les gens autour d'eux, mais 41 % d'entre elles ont dit être passées à l'action en essayant un ou plusieurs des trucs suggérés et en déclarant que ces derniers leur ont permis d'améliorer leur santé personnelle (70 %) et celle de leur famille (68 %). Ces données préliminaires indiquent que les capsules radio ont aidé une bonne proportion des gens à cheminer vers un changement de comportements (Prochaska et DiClemente, 1994). Ces résultats rejoignent ceux qu'ont obtenus Terry C. Davis et ses collaborateurs (2002) auprès de femmes à faibles revenus et possédant un faible taux d'alphabétisme. Trois techniques différentes ont été utilisées auprès de ces femmes afin de les inciter à subir des mammographies de dépistage. Un premier groupe recevait une recommandation verbale d'un chercheur. Un deuxième groupe recevait une recommandation verbale en plus d'une brochure rédigée en langage simple. Le troisième et dernier groupe recevait la recommandation, la brochure puis regardait une vidéo de type « feuilleton télévisé » de 12 minutes, mettant en vedette des personnes appartenant à la population visée. Six mois plus tard, les résultats rapportaient une augmentation de 30 % pour le groupe de femmes ayant écouté la vidéo, reçu une recommandation et une brochure, comparativement aux deux autres groupes. Il y avait peu de différence entre le groupe n'ayant reçu que la recommandation et celui ayant reçu la recommandation et la brochure. Pour ces chercheurs, les résultats obtenus soulignent l'importance d'impliquer les clients visés dans le développement du matériel éducatif puisqu'ils abordent alors la thématique selon les questions qu'ils se posent et selon ce qui est important pour eux.

Parmi les personnes consultées, 77 % ont indiqué que les trucs diffusés les avaient aidées à prendre conscience de leurs responsabilités en ce qui concerne leur santé. Vingt-deux pour cent ont indiqué que les trucs les avaient sensibilisées à penser qu'elles sont responsables de leur santé et 3 % ont indiqué que les trucs de santé n'avaient rien changé à ce qu'elles pensaient de leur responsabilité par rapport à la santé. Pour le RCS-B, comme l'affirment Kickbusch, Wait et Maag (2005), il s'agit de « *finding the hook* », c'est-à-dire de trouver l'élément qui vient chercher les gens au point de stimuler le développement de leur responsabilité individuelle. Les messages doivent être mis en contexte et reprendre les éléments qui constituent des préoccupations pour eux. Il semble que les thématiques traitées et la façon de capter l'attention aient vraiment réussi à révéler la capacité des gens à se

prendre en main et à les inciter à continuer à exercer cette responsabilité que plusieurs découvraient. Plus encore, le RCS-B croit que l'engagement actif de la communauté à chacune des étapes du développement de ce projet a réellement contribué au succès de la démarche (Boivin, 2007), ce qui rejoint bien les propos suivants :

Health information alone will not be useful to people who do not feel they have the power to act. Other complementary strategies are needed, such as community development and participatory health education... The health care system also needs to acknowledge the lack of power which many people feel, and to explore ways in which it can assist people in taking more control over their lives and their health¹ (Santé Canada, 2003).

En conclusion

La campagne médiatique « C'est quoi ton truc pour bien vivre? », décrite précédemment, a été effectuée auprès de l'ensemble de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick dès 2005 et s'est poursuivie jusqu'à la fin de 2007. Les piètres résultats obtenus par les francophones du Nouveau-Brunswick lors de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) de 2003 ont motivé le développement de cette initiative. Ce projet de littératie en matière de santé mis de l'avant s'inscrit tout à fait dans une démarche d'amélioration de la santé de cette population. L'hypothèse formulée au départ voulant que l'amélioration de la santé des gens passe d'abord par la mise en valeur de leur capacité à agir à l'égard de leur santé a ainsi été confirmée. Des éléments gagnants ont déterminé le succès de la démarche : la fidélité aux principes d'*empowerment*, la sensibilité culturelle face à la population ainsi que les moyens à privilégier pour communiquer avec elle. Bien que préliminaires et recueillis à partir d'un échantillon non représentatif de la population visée par ce projet, les résultats obtenus offrent tout de même des pistes intéressantes quant aux retombées de cette démarche en termes de moyens à privilégier pour amener les personnes peu ou non alphabétisées à se sentir responsables de leur santé et à passer à l'action pour l'améliorer ainsi que celle des gens qui les entourent. Les résultats obtenus confirment la pertinence du cadre conceptuel retenu, qui propose de décrire la population à partir de ses déterminants, puis de cibler quelques actions appliquées conjointement afin d'améliorer la situation de littératie des gens, dans ce cas-ci, de littératie en matière

de santé. Le RCS-B souhaite pouvoir partager sous peu les résultats de l'évaluation en profondeur réalisée au printemps 2008.

NOTE

1. « Fournir de l'information sur la santé à des personnes qui estiment ne pas avoir le pouvoir d'agir n'est pas suffisant. Il faut avoir recours à d'autres stratégies complémentaires, comme le développement communautaire et l'éducation sous une forme participative [...]. Le système de soins de santé doit également reconnaître le sentiment d'impuissance que ressentent de nombreuses personnes et chercher des moyens de les aider à prendre leur vie et leur santé en main. »

BIBLIOGRAPHIE

- ANSARI, Walid E., Ceri J. PHILIPS et Anthony B. ZWI (2002). « Narrowing the Gap Between Academic Professional Wisdom and Community Lay Knowledge: Perceptions from Partnerships », *Public Health*, vol. 116, n° 3 (mai), p. 151-159.
- BOIVIN, Nathalie (2007). « Ruralité, analphabétisme et santé: défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick », *Francophonies d'Amérique*, n° 23-24 (printemps-automne), p. 31-44.
- BRINK, Satya (2006). *Résultats en littératie au Nouveau-Brunswick: répercussions des conclusions de l'EIACA 2003*, Beresford, Direction de la politique sur l'apprentissage.
- BUREAU D'INFORMATION DU CANADA (2000). *Enjeux et défis de communication auprès des Canadiens et des Canadiennes peu alphabétisés: repérer, comprendre, utiliser*, Ottawa, Direction générale de la recherche et de l'analyse, n° de catalogue PF4-3/2000.

- CENTRE FOR LITERACY OF QUEBEC AND THE NURSING DEPARTMENT OF THE MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE (2003). « Plain Language and Patient Education: a Summary of Current Research », Montréal, Joint initiative of the Centre for Literacy of Quebec and the Nursing Department of McGill University Health Centre, 4 p. *Research Briefs on Health Communications*, n° 1.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2008). *Littératie en santé au Canada: une question de bien-être*, Ottawa.
- DAVIS, Terry C., et al. (2002). « Health Literacy and Cancer Communication », *A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 52, n° 3 (mai-juin), p. 134-149.
- GILLIS, Doris E., et Allan QUIGLEY (2004). *Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health, A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project*, Antigonish, St. Francis Xavier University, [En ligne], [<http://www.nald.ca/healthliteracystfx/pubs/takngoff/takngoff.pdf>] (9 mars 2010).
- HEMMINGS, Heather E., et Lisa LANGILLE (2006). « Améliorer nos connaissances sur l'alphabétisation et la santé », *Revue canadienne de santé publique* = *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S34-39.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington (DC), National Academies Press.
- KICKBUSCH, Ilona, Suzanne WAIT et Daniela MAAG (2005). *Navigating Health: the Role of Health Literacy*, [En ligne], [<http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/NavigatingHealth.pdf>] (10 mars 2010).
- MASNY, Diana (2007). « La littératie en matière de santé dans la perspective des littératies multiples », communication présentée dans le cadre d'un atelier portant sur les littératies multiples en santé au Canada francophone, 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, 22-24 novembre 2007, Ottawa.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, élaboré par Don Nutbeam, trad. René Meertens, Genève, Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé, [En ligne] [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf] (8 avril 2010).
- POURESLAMI, Iraj, et al. (2007). « Changing Immigrants' Attitudes Toward Intentions to Use the BC HealthGuide Program: Culturally Specific Video Messaging for Health Promotion », *Revue de recherche appliquée sur l'apprentissage*, vol. 1, n° 1, p. 1-12.
- PROCHASKA, James, et Carlo DICLEMENTE (1994). *Changing for Good*, New York, Avon Books/Harper Collins.

- ROOTMAN, Irving, et Deborah GORDON-ELBIHBETY (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada*, Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- ROOTMAN, Irving, et Barbara RONSON (2005). « Literacy and Health Research in Canada: Where Have we Been and Where Should we go? (Commentary) », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, supplément 2 (mars-avril), p. S62-S77.
- SANTÉ CANADA (2003). *How does Literacy Affect the Health of Canadians?*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne], [<http://www.nald.ca/fulltext/howdoes/howdoes.pdf>] (9 mars 2010).
- SANTÉ CANADA (2007). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index_f.html#5a] (10 mars 2010).
- SANTO, Anelise, Andréa M. LAIZNER et Linda SHOHET (2005). « Exploring the Value of Audiotapes for Health Literacy: a Systematic Review », *Patient Education and Counseling*, vol. 58, n° 3 (septembre), p. 235-243.
- SHOHET, Linda, et Lise RENAUD (2006). « Analyse critique des pratiques exemplaires sur la littératie en matière de santé », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S10-S14.
- UNESCO (2007). *Portail de l'alphabétisation*, [En ligne], [<http://www.unesco.org/fr/education/themes-ed/>] (10 mars 2010).
- WAGNER, Serge (2002). *Alphabétisme et alphabétisation des francophones au Canada : résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA)*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, n° 89-552-MIF au catalogue n° 10.
- ZANCHETTA, Margareth S., et Iraj M. POURSLAMI (2006). « Health Literacy within the Reality of Immigrants' Culture and Language », *Revue canadienne de santé publique = Journal of Public Health*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S26-S30.